

ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง Effects of a seamless nursing program for home palliative care for end-of-life patients.

(Received: June 19,2024 ; Revised: June 24,2024 ; Accepted: June 25,2024)

อดิสร อดรทัษ¹ นภาพร อารมณสวะ¹

Adisorn Udontak¹, Napapron Aromswa¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง พื้นที่อำเภอเขาวง โรงพยาบาลเขาวง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคองที่ได้รับการส่งต่อเพื่อรับบริการดูแลแบบประคับประคองในเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเขาวง และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองทั้งเพศหญิงและชายอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2567 ถึงเดือนพฤษภาคม 2567 ระยะเวลา 12 สัปดาห์ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกข้อมูลและโปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ และ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง ผู้ป่วยระยะท้ายมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนโดยรวม และมีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลโดยรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

คำสำคัญ : การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน, อาการรบกวน, ผลลัพธ์การดูแล, ภาวะเครียด, ผู้ดูแล

ABSTRACT

This research is quasi-experimental research. (Quasi-Experimental Research: One group pretest-posttest design to study the effect of a seamless nursing program for home palliative care of end-of-life patients. Khao Wong District area Khao Wong Hospital The study sample was divided into terminally ill patients at home for palliative care who were referred to receive palliative care services in the health service network of Khao Wong Hospital. and the main caregivers of palliative care patients, both female and male, aged 20 years and over. The research period is between February 2024 and May 2024, a period of 12 weeks. Data was collected using questionnaires. Seamless data recording and nursing programs for end-of-life care at home for palliative care. Data were analyzed using descriptive statistics, including mean, standard deviation, number, percentage, and paired t-test.

The results of the study found that before and after participating in the seamless nursing program for palliative care for terminally ill patients at home. Terminally ill patients had an average overall symptom distress score. and have an average score for overall care outcomes They were significantly different ($p<0.001$) and caregivers had average stress scores before and after participating in the home palliative care program. Statistically significantly different ($p<0.001$)

Keywords: palliative care at home, disturbing symptoms, care outcomes, stress, caregivers

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเขาวง

บทนำ

องค์การอนามัยโลก¹ ได้ให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ว่า หมายถึง การดูแลที่มุ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเผชิญหน้ากับโรคที่คุกคามต่อชีวิต (Life-Threatening illness) ไม่ว่าจะเป็นโรคใด โดยเน้นที่การดูแลรักษาอาการที่ทำให้ทุกข์ทรมานทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แบบองค์รวม และควรให้การรักษาดังกล่าวตั้งแต่วินาทีแรกที่เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะสุดท้าย (Terminal illness) จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และรวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วย หลังจากการสูญเสีย^{2,3}

การวางแผนการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านแบบประคับประคองของทีมสุขภาพร่วมกับครอบครัว³¹ เป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้การดูแลแบบประคับประคองบรรลุเป้าหมายโดยต้องมุ่งเน้นการช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเผชิญการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต บรรเทาความทุกข์ทรมาน สามารถประเมินปัญหาการเจ็บป่วยและปัญหาอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณอย่างเป็นองค์รวม มีการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และเสริมสร้างให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลตนเอง⁴ การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งเป็นสมรรถนะที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผลลัพธ์ทางการพยาบาลของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่มุ่งเน้นเฉพาะการประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเข้ารับการรักษาล่วงหน้าเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เน้นคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง ให้การดูแลผู้ป่วยทุกระบบ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่เข้ามาได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบ

ประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตในภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามได้อย่างมีคุณภาพชีวิต สถิติผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2566 จำนวน 208, 154, 107 และ 137 รายตามลำดับ และในกลุ่มนี้มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการดูแลแบบประคับประคองและเสียชีวิตที่บ้าน ร้อยละ 92.15, 96.75, 95.33 และ 98.54 ตามลำดับ (ทะเบียนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โรงพยาบาลเขาวง, 2563-2566) ในปี พ.ศ. 2567 ทางโรงพยาบาลได้จัดตั้งศูนย์ชีวภิบาล เพื่อเป็นศูนย์ประสานงาน บูรณาการการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยสูงอายุ ดิตบ้านดิตเตียง และผู้ป่วยระยะท้าย และให้มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลแบบประคับประคองปฏิบัติงานเต็มเวลา เป็นผู้รับผิดชอบทำหน้าที่เป็นผู้ประสานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในด้านต่างๆ โดยทั่วไปเมื่อผู้ป่วยระยะท้ายเข้ารับการรักษาดำเนินอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลตามปกติจากแพทย์เจ้าของไข้ และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และเป็นการดูแลตามภาวะสุขภาพและอาการที่เป็นสาเหตุของการเข้าพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการ และต้องการการดูแลที่ซับซ้อน แพทย์เจ้าของไข้จะส่งขอคำปรึกษามายังศูนย์ชีวภิบาล เมื่ออาการคงที่แพทย์ให้กลับไปรักษาตัวต่อเนื่องที่บ้าน โรงพยาบาลได้จัดทีมลงเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จากการดำเนินที่ผ่านมา พบว่า เครือข่ายสถานบริการในชุมชน ยังขาดความรู้ในการประเมินผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลที่เหมาะสม บางรายยังขาดทักษะในการให้อาหารในรูปแบบต่างๆ เช่นยาแผ่นแปะเพื่อลดปวด การให้ยาอินซูลินทาง Syringe Driver ในส่วนผู้ป่วยและญาติยังมีความรู้ไม่เพียงพอและยังขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องเนื่องจากขณะอยู่โรงพยาบาล มีภาวะเครียดอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การรับรู้จึงลดลงไม่สามารถจดจำทุกอย่างได้¹⁰ และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการวางแผนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านจำนวน

น้อย โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยด้านร่างกาย อาหาร การใช้ยา จิตใจ การส่งต่อการดูแลสู่ชุมชน ความพึงพอใจของญาติผู้ดูแล⁵ อัตราการกลับมารักษาซ้ำ⁶ และการเกิดภาวะแทรกซ้อน²⁶ ดังนั้น การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง โดยบทบาทพยาบาลประคับประคองจึงจำเป็นต้องให้การพยาบาลโดยการประเมินผู้ป่วย โดยมีแนวคิดให้ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึง เน้นการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัวและชุมชน เป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการ และสอดคล้องกับวิถีชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลอย่างมีคุณภาพและเหมาะสม ผ่านการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองมีความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งการให้บริการอาจเป็นบริการโดยสถานบริการสุขภาพในชุมชน เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลหรืออาสาสมัครในทีมออกไปเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือผ่านช่องทางระบบบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เน้นการให้บริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็น การประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลเพื่อควบคุมจัดการอาการสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ในพร้อมกันประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพและทุกภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคองเพื่อการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีความทุกข์ทรมานจากอาการ ในรายผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปรักษาตัวที่บ้าน เพื่อนำผลการวิจัยไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการบริการการดูแลต่อเนื่องระหว่างศูนย์ชีวิบาล ซึ่งเป็นศูนย์ดูแลแบบประคับประคองต่อเนื่องในโรงพยาบาลและเครือข่ายในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง ดังนี้

2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคองที่บ้าน ก่อนและหลังการทดลอง

2.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคองที่บ้าน ก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง ส่งผลต่อคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนของผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคองที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. ภายหลังการใช้ภายหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง ส่งผลต่อผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยและคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคองต่ออาการรบกวนและผลลัพธ์การดูแล โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับการส่งต่อเพื่อรับบริการดูแลแบบประคับประคองในเครือข่ายบริการสุขภาพของ

โรงพยาบาลเขาวง และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองทั้งเพศหญิงและชายอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะท้ายให้ดูแลแบบประคับประคอง และญาติหรือแพทย์ให้กลับไปดูแลที่บ้าน ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2567 ถึงเดือน พฤษภาคม 2567 ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับการส่งต่อเพื่อรับบริการดูแลแบบประคับประคองในเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเขาวง และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองทั้งเพศหญิงและชายอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะท้ายให้ดูแลแบบประคับประคอง และญาติหรือแพทย์ให้กลับไปดูแลที่บ้าน ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2567 ถึงเดือน พฤษภาคม 2567 จำนวน 33 คน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการส่งต่อเพื่อรับบริการ ดูแลแบบประคับประคองในเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลเขาวง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะท้ายให้ดูแลแบบประคับประคอง และญาติหรือแพทย์ให้กลับไปดูแลที่บ้าน ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ 2567 ถึงเดือน พฤษภาคม 2567 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 33 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองทั้งเพศหญิงและชายอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าอยู่ในระยะท้ายให้ดูแลแบบประคับประคอง และญาติหรือแพทย์ให้กลับไปดูแลที่บ้าน 2) มีค่าคะแนนตามแบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง

ฉบับสวนดอก (Palliative Performance Scale : (PPS) ต่ำกว่าร้อยละ 50 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 4) สามารถสื่อสารฟัง อ่านเขียนภาษาไทยได้ในการให้ข้อมูล 5) สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัยที่อายุมากกว่า 60 ปี ผู้วิจัยประเมินสติสัมปชัญญะโดยสอบถามชื่อบุคคล เวลาและสถานที่ หากผู้ป่วยสามารถตอบถูกต้องจะคัดเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

ได้แก่ 1) ผู้ป่วยระยะท้ายที่อยู่ในภาวะวิกฤติและใส่เครื่องช่วยหายใจ 2) ผู้ป่วยมีอาการกำเริบอย่างรุนแรงเช่น หายใจเหนื่อยหอบมาก เป็นต้น

2. ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยดูแลแบบ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

(Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักหรือดูแลประจำของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคอง ทั้งเพศหญิงและชายอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 2) อ่านและเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี 3) ผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นญาติหรือผู้ใกล้ชิดมิใช่ผู้ที่ถูกว่าจ้าง มาดูแลผู้ป่วยและมีเชื้ออาสาสมัคร และมีใช้ผู้นำหมู่บ้านหรือมิใช่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกณฑ์ในการ

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria)

ได้แก่ 1) มีประวัติโรคทางจิตเวช คือ โรคกลุ่มวิตกกังวล โรคทางอารมณ์ โรคจิต โรคสมองเสื่อม โรคบกพร่องทางสติปัญญาที่รักษา ไม่หายขาดหรือโรคไม่สงบก่อนผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยโรค 2) ประวัติใช้สารเสพติดหรือสารอื่น ๆ เช่น ยาสมุนไพร ยาลดความอ้วน อาหารเสริมอื่น ๆ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา หากผู้ดูแลมีการใช้สารเสพติดในช่วงเกิน 1 เดือนจะถูกคัดออกรวมถึงในผู้ดูแลที่มีการใช้ยาสมุนไพร ยาลดความอ้วน อาหารเสริมอื่น ๆ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อการศึกษา เนื่องจากสารเสพติดมีผลต่อสารสื่อประสาทของสมองที่อาจส่งผลให้เกิดอาการทางจิตได้ ส่วนยาสมุนไพร ยาลดความอ้วน อาหารเสริม อาจมีส่วนผสมของสารที่มีผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้ดูแลได้ เช่น อารมณ์เบื่อหน่าย ซึมเศร้า เป็นต้น⁷

สถานที่เก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเลือกเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเฉพาะผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่อาศัยอยู่ในโรงพยาบาลเขาวง อำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 1 ส่วน มีรายละเอียด ดังนี้

1. โปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคองโรงพยาบาลเขาวง ตามแนวคิดการจัดบริการอย่างต่อเนื่องและครบวงจร จากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (Community based & home based Community care) ควบคู่กับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ WHO เน้น 6 ด้าน คือ 1) จุดเน้นในการดูแล คือ ผู้ป่วยและครอบครัวที่ถือว่าเป็นจุดศูนย์กลางของการดูแล 2) เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาความทุกข์ทรมานในทุกด้าน 3) มีความต่อเนื่องในการดูแล 4) เป็นการดูแลแบบเป็นทีม 5) เน้นส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล 6) เป้าหมายในการดูแล เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่ให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น ซึ่งประกอบไปด้วยการดูแล 4 ส่วน ได้แก่ 1) การจัดการโรค (Disease Management) 2) การประเมินด้านร่างกาย ด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณและวางแผนการดูแลตามแนวคิดเกี่ยวกับการการติดตามสุขภาพทางไกลและระบบสารสนเทศ 3) การประเมินและวางแผนดูแลผู้ดูแล 4) การติดตามและการประเมินผล

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามและแบบบันทึก ดังต่อไปนี้

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา และอาชีพ ข้อมูลโรคและอาการของผู้ป่วย ประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (PPS) อาการรบกวน

2.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา และอาชีพ

2.3 แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองฉบับสวนดอก (palliative performance Scale, PPS) เป็นแบบประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมของ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว การปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินโรค การทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร และระดับความรู้สึกตัว มีการแบ่งระดับทั้งหมด 11 ระดับไล่ตั้งแต่ 100% ลงไปถึง 0% เพื่อแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (70-100%) ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (0-30%) และผู้ป่วยที่อยู่ระหว่าง 2 กลุ่มดังกล่าว (40-70%)⁴

2.4 แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการโดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)² เพื่อประเมินระดับความรุนแรง 9 อาการที่พบบ่อยในระยะท้าย มีระดับคะแนน 0 (ไม่มีอาการนั้นเลย) และคะแนน 10 (รู้สึกว่าการนั้นมี ความรุนแรงที่สุด) โดยสอบถามอาการที่เกิดขึ้นในขณะนั้นค่าคะแนนที่สูงแสดงว่าผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการนั้นรุนแรง

2.5 แบบบันทึกคะแนนผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale, POS) เป็นแบบสอบถามที่ได้รับการออกแบบ เพื่อประเมินผลการปฏิบัติทางคลินิกอย่างมีแบบแผน โดยการคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและ ครอบครัวประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ได้แก่ คำถามปลายปิด 10 ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ²⁰ ดังนี้ 0 = ไม่มีอาการ/ได้ข้อมูลเต็มที่ 1 = เล็กน้อย/นานๆ ครั้ง 2 = บางครั้ง 3 = รุนแรง/ เป็นส่วนใหญ่ 4 = มากมายท่วมท้น/ไม่รู้สึคดีกับ ตัวเองเลย/เสียเวลามากกว่าครึ่งวัน/ปัญหาไม่ได้รับการช่วยเหลือ และข้อที่ 11 เป็นคำถามปลายเปิด 1 ข้อ ซึ่งถามผู้ป่วยเรื่อง

ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยในช่วง 3 วันที่ผ่านมา และข้อที่ 12 เป็นข้อคำถามว่า ท่านตอบแบบประเมินนี้ด้วยตนเอง หรือให้เพื่อน/ญาติหรือเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพช่วยเหลือในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งไม่ต้องนำคะแนนสองข้อนี้มาคิดเป็นคะแนนโดยรวม ซึ่งคะแนนรวมทั้งหมด คือ ผลรวมของคะแนนรายข้อจากข้อคำถามที่ นำมาคิดคะแนนทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 40 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนยิ่งมาก แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการความทุกข์หรือปัญหา รบกวนคุณภาพชีวิตมาก แต่หากคะแนนน้อยหรือลดลง แสดงว่าผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความทุกข์จากอาการรบกวนและได้รับการดูแลที่ตอบสนองต่อปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวได้ดีขึ้น

2.6 แบบวัดความเครียดฉบับย่อ (ST5) ของผู้ดูแลหลัก เป็นคำถามเพื่อประเมินความเครียด ที่เหมาะสมสำหรับคัดกรองภาวะเครียดในชุมชนและมีความตรงสูง คำถามมี 5 ข้อ ที่ประเมินปัญหาการนอน การมีสมาธิ น้อยลง หงุดหงิด/กระวนกระวายใจว่า รุนแรง รู้สึกเบื่อ/เซ็ง และไม่อยากพบปะผู้คน ลักษณะคำถามปลายปิด 5 ข้อ ซึ่งมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ คะแนน 0 หมายถึง แทบไม่มี คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง คะแนน 2 หมายถึง บ่อยครั้ง คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ แปลผลโดย คะแนน 0-4 เครียดน้อย คะแนน 5-7 เครียดปานกลาง คะแนน 8-9 เครียดมาก และคะแนน 10-15 เครียดมากที่สุด⁸

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโปรแกรม
การพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม และพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชและสุขภาพจิต ตรวจสอบเนื้อหา และความถูกต้องทางภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้ในการวิจัย ร่วมกันตรวจสอบความถูกต้องเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของคำถามว่าตรงตามจุดมุ่งหมายของการศึกษาหรือไม่ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงข้อคำถามในด้านภาษา

และความชัดเจน และการหาค่าความเชื่อมั่น (Item-Objective Congruence Index : IOC) มีค่าตั้งแต่ 0 - 1 โดยใช้ข้อคำถามมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 และปรับแบบสอบถามแล้วนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลกับผู้ดูแลและผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนในเขตอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 10 ราย เครื่องมือที่เป็นแบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (Palliative care performance scale for Suandok) เท่ากับ .88 แบบประเมินความทุกข์ทรมานจากอาการโดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System revision (ESASr) เท่ากับ .87 แบบประเมินผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative outcome scale) เท่ากับ .81 แบบประเมิน 2Q 9Q เท่ากับ .889

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อศึกษาการกระจายของข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และจำนวน (Frequency), ร้อยละ (Percentage) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ

สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistics) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนโดยรวม คะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลโดยรวมของผู้ป่วย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคองด้วย paired t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการดูแลประคับประคองที่บ้าน ด้วย paired t-test

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
ดังนี้

1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 66 ราย เป็นกลุ่มผู้ป่วย 33

ราย และกลุ่มผู้ดูแล 33 ราย ในกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.6 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.8 มีอายุระหว่าง 61-80 ปีมากที่สุด ร้อยละ 60.6 รองลงมาคืออายุระหว่าง 41-59 ปี ร้อยละ 36.4 ทุกายนับถือศาสนาพุทธ การศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75.6 และอาชีพส่วนใหญ่ว่างงาน ร้อยละ 42.4 รองลงมาคือเกษตรกร ร้อยละ 33.4

ส่วนในกลุ่มผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.8 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.7 มีอายุระหว่าง 41-59 ปีมากที่สุด ร้อยละ 45.5 รองลงมาคืออายุระหว่าง 61-80 ปี ร้อยละ 30.3 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.4 และอาชีพส่วนใหญ่ว่างงาน ร้อยละ 33.4 รองลงมาคือเกษตรกร ร้อยละ 24.2

1.2 ข้อมูลโรคและการของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.5 มีการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย ร้อยละ 36.4 ส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการปฏิบัติ

กิจวัตรประจำวัน (PPS) อยู่ในช่วง 40-60 % ร้อยละ 90.9 อาการรบกวนที่พบมากที่สุดคือ อาการปวด ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ อาการอ่อนเพลีย อาการเบื่ออาหาร ร้อยละ 63.6 และ 54.5 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนโดยรวมและผลลัพธ์การดูแลโดยรวมของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองมีคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการโดยรวม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 42.24 ± 6.3 และ 21.61 ± 5.5 คะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์การดูแลโดยรวม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 19.97 ± 1.9 และ 13.42 ± 2.7 คะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนโดยรวมและผลลัพธ์การดูแลโดยรวมของผู้ป่วยก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (n=33)

ลักษณะที่ศึกษา	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		P-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนโดยรวม	42.24	6.3	21.61	5.5	$p < 0.001$
ผลลัพธ์การดูแลโดยรวม	19.97	1.9	13.42	2.7	$p < 0.001$

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลแบบ

ประคับประคองที่บ้าน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 2.49 ± 1.6 และ 0.55 ± 0.6 คะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะเครียดของผู้ดูแลก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม (n=33)

ลักษณะที่ศึกษา	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		P-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ภาวะเครียดของผู้ดูแล	2.49	± 1.6	0.55	± 0.6	< 0.001

สรุปและอภิปรายผล

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองหลังใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ มีผลลัพธ์การดูแลโดยรวมดีขึ้น โดยดูจากระดับคะแนนความทุกข์ทรมานจากอาการและผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Outcome Scale, POS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นผลมาจากประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้โดยสะดวก และครอบคลุมถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่ มีการใช้ยาและเทคโนโลยีทางสุขภาพในระดับที่เหมาะสม การติดตามสุขภาพทางไกลและระบบสารสนเทศ เพื่อสังเกตและประเมินการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแล และสะท้อนผลการดูแล ประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของผู้ดูแล สัมภาษณ์และสังเกตทักษะการจัดการอาการไม่สุขสบาย ทักษะการดูแลตามสภาพโรคและสภาพของผู้ป่วยการประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของรพ.สต. และรพ.การประเมินผลการดูแลผู้ป่วย และให้ข้อมูลเพิ่มเติมแก่ผู้ดูแล ติดตามผลเป็นระยะ ๆ วนซ้ำกัน ทั้งทางโทรศัพท์ ทางไลน์ติดต่อกับผู้ป่วยหรือญาติ และทางการเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินผลการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยใน 24 ชม. ที่ผ่านมา และให้การดูแลเป็นระยะ ๆ ในการจัดการอาการตามอาการและให้ข้อมูลผลการตรวจแผนการรักษา ให้ซักถามข้อสงสัย ให้คำปรึกษาตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยได้รับการประเมินและจัดการปัญหาทางกาย และใจ รวมถึงอาการรบกวนต่าง ๆ ได้ตรงกับความต้องการ ได้รับการดูแลแบบองค์รวม สอดคล้องกับ การศึกษาที่ว่า การมีโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยระยะ ท้ายที่บ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ มีผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น มีอาการรบกวนทางกายลดลง มีความสุขสบายขึ้นภาวะซึมเศร้าลดลง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁹

การดูแลภาวะเครียดของผู้ดูแลหลังใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง

โรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ ช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองมีผลลัพธ์การดูแลโดยรวมดีขึ้น ซึ่งจากการศึกษาญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายพบว่า อาการของผู้ป่วยที่ทรุดลงทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความกังวลมากขึ้น¹⁰

ดังนั้น การได้รับการดูแล การสนับสนุนความรู้ ทักษะ และทรัพยากรตามที่จำเป็นโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จนระดับความทุกข์ทรมานจากโรคของผู้ป่วยลดลงใน ขณะที่สภาพการดำเนินโรคนั้นจะยังคงรักษาไม่หายและผู้ดูแลมีภาวะเครียดลดลง แสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบไร้รอยต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านแบบประคับประคองต่ออาการรบกวนและผลลัพธ์การดูแลช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Labson Mcและคณะ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลประคับประคองที่บ้านโดยมีแนวปฏิบัติของทีมที่ไปดูแลอย่างชัดเจนจะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดความทุกข์ทรมานของทั้งผู้ป่วยและความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว¹¹

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย ผลการศึกษาที่ได้ใช้กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้านให้กับทีมสุขภาพของโรงพยาบาล ในการนำไปใช้เพื่อวางแผนการดูแลกลุ่มผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองและผู้ดูแล
2. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปปฏิบัติงาน โดยโรงพยาบาลร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ มีการนำโปรแกรมการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน และควรติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดูแลแบบประคับประคองและครอบครัว

3 ควรมีการขยายเวลาในการติดตามผลลัพธ์ในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น เช่น ทุก 1-2 สัปดาห์หรือทุก 1 เดือน เพื่อติดตามอาการและปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้ตามพยาธิสภาพและสถานการณ์

เอกสารอ้างอิง

1. WHO, Organization WH, WHO. eHealth standardization and interoperability. Sixty-Sixth World Health Assembly Wha66.24 2013
2. จอนณะจง เพ็งจาด. (2557). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ, 30(1), 100-107.
3. ชูติกาญจน์ หลุ้ย และคณะ. (2559). ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคอง. ประทุมธานี:สำนักพิมพ์สื่อตะวันตก.
4. Global atlas of palliative care at the end of life. World wide Palliative Care Alliance [Internet]. 2014 [cited 2023 January 15]. Available from: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
5. Phadungsri P, Ladla A. Development of care model for patients with end stage of cancer: from hospital to home Ubonrat hospital, Khon-Kaen province. Journal of Nursing and Healthcare 2019;37(2):199-207. (in Thai)
6. Fabie J, Walker K, Pharm D, Kearney C. The power of a plan: the impact of palliative care decisions at hospital discharge on readmission rates (S730) JPSM 2016;51(2):e 423
7. ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ยา วิพากษ์. จดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา 2561;10(39):3-7
8. อรวรรณ ศิลปกิจ. แบบวัดความเครียด ฉบับตรีปัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2551;16(3),177-85
9. Robbins, S. P. (2001). Organizational behavior. Upper Saddle River. NJ.: Prentice-Hall.
10. รัชนี นามจันทรา, กนกพร นทีธนสมบัติ, สุมานี ศรีกำเหนิด. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน.วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียว 2009;10(1):59-67
11. Labson MC, Sacco CMM, Weissman DE, Gornet B, Stuart FB. Innovative models of home-based palliative care. Cleveland clinic journal of Medicine 2013;8(e-supplement 1).